



**Therapiezentrum „Sachsengrund“**  
 Soziotherapie für suchtkranke Menschen  
 Schleifmühlstraße 61  
 91456 Diespeck  
 (09161) 888 60

Tel.: (09161) - 888 6 - 0  
 Fax: (09161) - 888 6 - 19  
 leitung@awo-therapiezentrum.de  
 www.awo-therapiezentrum.de

Wird von der Einrichtung ausgefüllt

Eingang am: \_\_\_\_\_

Aufnahme-Info: \_\_\_\_\_

Aufnahme geplant am: \_\_\_\_\_

## Kontaktformular Anfrage Therapieplatz

<b>Name:</b>		<b>Geburtsname:</b>	
<b>Vorname:</b>			
<b>geb. am:</b>		<b>geb. in:</b>	
<b>Staatsangehörigkeit:</b>		<b>Religion:</b>	
<b><u>aktuelle Wohnanschrift:</u></b>		<b><u>aktueller Aufenthaltsort:</u></b>	
<b>Straße:</b>		<b>Straße/Klinik:</b>	
<b>PLZ, Ort:</b>		<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Email:</b>		<b>Email:</b>	
<b>gesetzliche Betreuung:</b>			
<small>(Name und Anschrift)</small>			
<b>Telefon:</b>		<b>Email:</b>	
<b>Kostenträger:</b> <small>(Kostenübernahme der Therapie)</small>		<b>Krankenversicherung:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b>		<input type="checkbox"/> <b>Therapiebeginn gewünscht ab:</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>noch nicht bekannt</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Bezirk:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Kostenzusage vorhanden</b>  <input type="checkbox"/> <b>Kostenzusage wurde beantragt am:</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Kostenzusage noch unklar</b>			
<b>Kontaktperson/anfragende Person:</b> <small>(Name, Vorname falls abweichend)</small>			
<b>Telefon:</b>		<b>Email:</b>	

Datum, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Bitte das Kontaktformular vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen. Vielen Dank!  
 Ihre Betroffenenrechte sowie sonstige Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO finden Sie unter  
<https://awo-neustadt.de/informationspflicht>